Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9977**

17. Wahlperiode 13. 06. 2012

Antrag

der Abgeordneten Hilde Mattheis, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Petra Hinz (Essen), Christel Humme, Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Andrea Wicklein, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Für eine umfassende Pflegereform – Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung ist ein Erfolg. Sie ist zu einem zentralen Baustein unseres Sozialversicherungssystems geworden und wird nicht nur von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, sondern von der gesamten Bevölkerung als wichtiger Sozialversicherungszweig angesehen. Diese grundsätzlich positive Haltung zur Pflegeversicherung wird durch eine repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) vom Juni 2011 bestätigt. 87,1 Prozent der Befragten sehen die Pflegeversicherung als wichtigen Baustein der sozialen Absicherung an und sprechen sich für die Stärkung der solidarischen Absicherung aus.

Mit der Pflegeversicherung, die eine Teilkaskoversicherung ist, wurde für alle Versicherten ein Rechtsanspruch auf Hilfe bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich festgeschrieben und je nach Grad der Pflegebedürftigkeit ein Leistungsanspruch für ambulante und stationäre Pflege definiert. Der Anspruch wird an drei Pflegestufen ausgerichtet und für die stationäre Pflege als Sachleistung, für die ambulante Pflege als Pflegegeld oder als Sachleistung gewährt. Durch die solidarische und paritätisch finanzierte Versicherung war es 1995 möglich, die Zahl derer, die bei Pflegebedürftigkeit von Sozialhilfe abhängig wurden, zu reduzieren. Die Lebenssituation von Pflegebedürftigen wurde spürbar verbessert und die Angehörigen wurden entlastet.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung trug der Gesetzgeber den veränderten gesellschaftlichen und demografischen Bedingungen Rechnung. Bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung waren rund 1,7 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. Hiervon wurden etwa 1,2 Millionen Menschen zu Hause betreut. Schon damals war abzusehen, dass die Zahl derer, die pflegebedürftig werden, stetig wächst.

Die Pflegeversicherung wurde seit 1995 sukzessive weiterentwickelt und den jeweiligen gesellschaftlichen Erfordernissen angepasst. Sie steht immer wieder vor neuen Herausforderungen und muss diesen gerecht werden.

So trug das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) zur Weiterentwicklung der Pflegequalität bei und hat die Eigen-

verantwortung der Pflegeeinrichtungen gestärkt. Darüber hinaus konnten mit dem Gesetz eine Stärkung des Verbraucherschutzes und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Aufsicht in den Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

Das ebenfalls am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG) verbesserte die Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Mit zahlreichen Maßnahmen wurden darüber hinaus die häusliche Pflege und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten für die pflegenden Angehörigen erreicht.

Ein wichtiger Meilenstein für die Pflegeversicherung war das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG). Mit dem Gesetz wurde die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz trug maßgeblich zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bei und setzte eine Reihe von Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen um. Insbesondere der Leitsatz „ambulant vor stationär“ wurde mit dem Gesetz gestärkt und damit dem Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen entsprochen. Nicht alle im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz installierten Reformen sind jedoch bereits vollständig umgesetzt. Hier besteht nach wie vor dringender politischer Handlungsbedarf. Die Bundesregierung ist aufgefordert, die verabschiedeten Reformen umzusetzen.

Zentrale Bausteine des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes waren:

- Die Stärkung der Beratung. Dazu wurden die Pflegestützpunkte als Anlauf- und Beratungsstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geschaffen. Die Pflegestützpunkte unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Beantragung von Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen und informieren über Hilfen zur Pflege. Die Pflegeberatung umfasst die Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen. Zudem werden dort regionale Versorgungs- und Unterstützungsangebote koordiniert und vernetzt.
- Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegezeit durch das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) bietet Angehörigen bei Eintreten oder Veränderung der Pflegebedürftigkeit eines nahen Verwandten eine Freistellung für zehn Tage sowie eine Pflegezeit von sechs Monaten. Dadurch wird die Möglichkeit gestärkt, pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.
- Die Verbesserung der Transparenz und Qualität. Mit der Einrichtung von Qualitätsprüfungen können sich Pflegebedürftige und deren Angehörige erstmalig über die Qualität aller Pflegeeinrichtungen informieren. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft Pflegeeinrichtungen und erstellt eigene Qualitätsberichte, die im Internet abgerufen werden können.
- Die Verbesserung der Pflegeleistungen. Im Zuge der Leistungsanpassungen werden die monatlichen Pflegeleistungen schrittweise erhöht und dynamisch an die allgemeine Preisentwicklung angepasst. Erstmals bekommen Demenzkranke einen pauschalierten Anspruch auf Betreuung in der Häuslichkeit und stationäre Einrichtungen können für je 25 dementiell Erkrankte eine Betreuungskraft einstellen.
- Die Förderung von Prävention und Rehabilitation. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann Rehabilitationsmaßnahmen empfehlen; eine erfolgreiche Rehabilitation wird finanziell belohnt.
- Die Finanzierung der Pflegeversicherung wurde durch die paritätische Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte bis 2014/2015 gesichert.

All diese Maßnahmen haben zur Verbesserung der Lebenssituation vieler Menschen beigetragen. Durch die solidarische Finanzierung wird dem Gedanken des Generationenvertrags Rechnung getragen. In Anerkennung dessen, dass kein Sozialversicherungssystem statisch ist, sondern sich immerzu reformieren muss, sind auch in Zukunft Reformen notwendig.

Des Weiteren ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die seit dem 26. März 2009 gilt und die Menschenrechtsperspektive in die Debatte um Teilhabe und Selbstbestimmung für behinderte, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen einbringt, zu berücksichtigen. Denn auch pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gesellschaftliche Teilhabe.

Pflege ist nicht allein auf die Pflegeversicherung beschränkt, sondern eine umfassende gesellschaftliche Aufgabe. Neben der besonderen Herausforderung an den Ausbau der kommunalen Pflegeinfrastruktur sind es besonders die Maßnahmen für alternsgerechtes Wohnen, die das Verbleiben in der Häuslichkeit ermöglichen. Mit dem Programm „Altersgerecht Umbauen" fördert die KfW Bankengruppe Baumaßnahmen, die zu einer Barrierereduzierung führen und den Kauf frisch umgebauter Gebäude über zinsgünstige Kredite. Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Abbau von Barrieren im Wohnumfeld zukünftig zu den zentralen Umbaumaßnahmen zählen. Aus der Pflegeversicherung besteht ein Anspruch für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in gedeckelter Höhe von 2 557 Euro pro Maßnahme.

II. Der Deutsche Bundestag stellt darüber hinaus fest:

Die Pflegeversicherung als solidarische und paritätisch umlagefinanzierte Sozialversicherung hat sich bewährt.

Pflegebedürftige und deren Angehörige profitieren von den Leistungen und der Unterstützung der Pflegeversicherung. Die stetige Verbesserung und der Ausbau dieses Sozialversicherungszweiges ist gesamtgesellschaftliches Anliegen und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die Zunahme des Anteils betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung sind ein Zeichen für unseren gesellschaftlichen Fortschritt. Die zunehmende Zahl hochaltriger Menschen stellt die Pflegepolitik vor neue demografische und fachliche Herausforderungen. Pflege geht alle an und die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist ein wesentlicher Baustein, um auch in Zukunft gute Pflege gewährleisten zu können.

Entwicklung der Zahl von Pflegebedürftigen insgesamt

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Lag die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 1995 noch bei 1,7 Millionen waren im Dezember 2010 2,42 Millionen Menschen pflegebedürftig. Auf der Basis einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit werden für das Jahr 2030 3,28 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 4,37 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert. In Zukunft werden auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund pflegebedürftig werden.

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken

2011 sind bereits 1,4 Millionen Menschen an Demenz erkrankt; jährlich erkranken zusätzlich 200 000 Menschen an dieser Krankheit. Im Jahr 2060 wird mit 2,5 Millionen Demenzerkrankten in Deutschland gerechnet.

Mit der Demenz ist ein hoher Betreuungsbedarf verbunden. Der Leistungsanspruch wurde zwar verbessert, aber bei der derzeitigen Überprüfung der Pflegebedürftigkeit wird immer noch von den somatischen Bedürfnissen ausgegangen.

Entwicklung der ambulanten Pflege

2009 gab es 2,34 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Gut zwei Drittel – 1,62 Millionen Pflegebedürftige – wurden zu Hause versorgt, davon 1,07 Millionen nur durch Angehörige und 555 000 mit Hilfe von Pflegediensten. Angesichts soziodemographischer Veränderungen ist damit zu rechnen, dass die Pflege durch Angehörige in den nächsten Jahren schwieriger zu gewährleisten ist und die Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten und einer pflegefreundlichen kommunalen Infrastruktur steigen wird.

Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst Menschen mit dementiellen Erkrankungen nicht ausreichend, da dieser stark verrichtungsbezogen und somatisch ausgerichtet ist und wichtige Aspekte der sozialen Teilhabe nicht berücksichtigt. Seit dem 29. Januar 2009 liegt der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor, der einen neuen umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorschlägt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist als wichtiger Reformschritt zu bewerten.

Pflegende Angehörige und ehrenamtliches Engagement – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause und eine überwiegende Zahl wird ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Angehörige und Ehrenamtliche leisten damit einen unentbehrlichen Beitrag in der Pflege. Ohne dieses Engagement der Angehörigen und auch ohne das ehrenamtliche Engagement von z. B. Nachbarschaftshilfen oder in stationären Einrichtungen kann Pflege nicht auskommen. Die Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und die Förderung des ehrenamtlichen Engagements sind bei der Bewältigung der zukünftigen Aufgaben in der Pflege ein wesentlicher Baustein.

Fachkräftemangel entgegenwirken

Bereits jetzt ist die Pflegebranche das einzige Segment des deutschen Arbeitsmarktes, das von akutem Fachkräftemangel geprägt ist. Geringes Entgelt sowie hohe körperliche und psychische Belastungen sorgen dafür, dass der Pflegebereich nicht attraktiv genug ist. In der Zukunft wird die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen den Mangel an Pflegekräften noch verstärken. Für das Jahr 2025 wird der Mangel an Fachkräften auf 152 000 Pflegekräfte geschätzt. Dies macht eine Reform der Pflegeausbildung notwendig, durch die eine Aufwertung des Berufs erfolgt und durch die die Zahl der Fachkräfte langfristig erhöht wird.

Ausbau der Pflegeberatung und der Versorgungsmanagementinfrastruktur

Seit 2008 werden Pflegestützpunkte mit integrierter Beratung gefördert. Pro Pflegestützpunkt wird eine Anschubfinanzierung von 45 000 Euro gewährt, die bei Hinzuziehung von Ehrenamtlichen um 5 000 Euro aufgestockt werden kann. Insgesamt stehen 60 Mio. Euro für 1 200 Pflegestützpunkte zur Verfügung. Mittlerweile haben bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt alle Bundesländer mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten begonnen. Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt verzichten auf den Aufbau von Pflegestützpunkten und verfolgen stattdessen ein Modell der „vernetzen Pflegeberatung".

Nach dem Stand vom 5. Dezember 2011 wurden in Baden-Württemberg 48 Pflegestützpunkte umgesetzt. Bayern plant einen stufenweisen Aufbau von Pflegestützpunkten, bei dem bisher sechs Stützpunkte eröffnet wurden. In Berlin haben bereits 25 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen, in Brandenburg 20, in Bremen drei, in Hamburg neun. Hessen hat bereits 21 Pflegestützpunkte realisiert. In Mecklenburg-Vorpommern ist die Errichtung von 18 Pflegestützpunk-

ten im Gespräch. In Niedersachsen haben bereits 21 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen. In Nordrhein-Westfalen sind 159 Pflegestützpunkte geplant, wovon bereits 46 realisiert wurden. Die Anzahl der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz beläuft sich auf 135. Damit besteht ein Pflegestützpunkt pro 30 000 Einwohnern. Im Saarland haben sieben Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufgenommen, drei weitere sind in Planung. In Schleswig Holstein wurden bereits elf von 15 Pflegestützpunkten umgesetzt. In Thüringen sollen vier Pflegestützpunkte errichtet werden, davon ist bereits einer realisiert.

Einige Bundesländer haben eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Auftrag gegeben. Einige wurden bereits veröffentlicht. Hamburg nimmt insgesamt eine positive Bewertung der Pflegestützpunkte vor und möchte die Entwicklung weiter beobachten. In Brandenburg kam man zu dem Ergebnis, dass insbesondere die aufsuchende Beratung und das Fallmanagement verbessert werden müssen. Der Pflegestützpunkt wurde größtenteils von den Angehörigen Pflegebedürftiger aufgesucht und war zumeist die erste Anlaufstelle zu Fragen und Problemen beim Thema Pflege.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) kommt ebenfalls zu positiven Ergebnissen in der Bewertung der Pflegestützpunkte. Die Förderung des Bundes zur Einrichtung der Pflegestützpunkte ist zum 30. Juni 2011 ausgelaufen.

Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Seit dem 1. Juli 2009 führen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auf der Grundlage der Pflege-Transparenzvereinbarungen Prüfungen durch. Erstmals erhielten Verbraucherinnen und Verbraucher so Einsicht in Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten. Ein Notensystem, auf das sich die Vertragsparteien verständigt haben, hilft Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung bzw. einem geeigneten Pflegedienst.

Einigkeit besteht darin, dass die Bewertungssystematik weiterentwickelt werden muss, da das Benotungssystem und das Prüfverfahren die tatsächliche Qualität der Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend abbilden. Das Benotungssystem weist Mängel auf, da schlechte Noten bei „harten“ Kriterien in der pflegerischen und medizinischen Versorgung durch gute Noten bei „weicheren“ Kriterien abgemildert werden können. Der Beirat zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen hat den Vertragspartnern empfohlen, die Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter bezüglich einer Weiterentwicklung der Bewertungssystematik umzusetzen.

Entwicklung der kommunalen alterns- und pflegegerechten Infrastruktur

In den Kommunen entscheidet sich heute, wie die Pflegeinfrastruktur in 20 Jahren aussieht. Pflege der Zukunft ist Pflege im Quartier. Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen, die die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht, lässt sich nur in den Kommunen sicherstellen. Kommunale Hilfen und Leistungen müssen besser als bisher miteinander verbunden werden.

Dazu sind neben Pflegeeinrichtungen und Pflegedienstleistungen unter anderem barrierefreier Wohnraum, barrierefreier öffentlicher Nahverkehr und eine barrierefreie öffentliche Verkehrsinfrastruktur sowie barrierefreie öffentliche Einrichtungen und Dienstleistungen notwendig. Dies ist eine Herausforderung für die kommunale Ebene. Eine wohnortnahe Infrastruktur z. B. von Betreuungs-, Pflege- oder Alltagsdienstleistungen kann nur in den Kommunen geplant und aufgebaut werden. Hierfür sind umfangreiche öffentliche Investitionen erforderlich.

Bundesweit bestehen derzeit weniger als 500 000 altersgerechte Wohnungen. Jährlich werden 100 000 zusätzliche seniorengerechte Wohnungen benötigt. Dies sind bis zum Jahr 2025 etwa 1,5 Millionen Wohnungen.

Die Teilhabe am öffentlichen Leben erfordert bis ins hohe Alter Mobilität. Im öffentlichen Personenschienenverkehr ist noch längst nicht die gesamte Reisekette von der Buchung über Dienstleistungen am Bahnhof und in der Bahn, die Gepäcklogistik, den Ein-, Um- und Aussteigen bis hin zur Kooperation mit anderen Verkehrsträgern barrierefrei und so auf die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft eingestellt. Insbesondere im Nahverkehr muss auch für ältere Menschen grundsätzlich ein spontanes Reisen sichergestellt werden. Doch nur rund zwei Drittel aller Bahnhöfe werden derzeit stufenfrei erschlossen. Im Schienenfernverkehr waren 2009 erst in 68 Prozent aller Verkehrsstationen, in denen Fernverkehrszüge halten, alle Fernverkehrsbahnsteige stufenfrei zu erreichen.

Entwicklung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Im Jahr 2010 hat die soziale Pflegeversicherung noch mit einem Überschuss abgeschlossen. Prognosen gehen jedoch davon aus, dass die Ausgaben 2014/2015 die Mehreinnahmen übersteigen werden.

Nach den Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit würden die Beitragssätze bei derzeitigem gesetzlich festgelegtem Leistungsanspruch im Jahr 2020 einen Beitragssatz von 2,3 Prozent, im Jahr 2030 einen Beitragssatz von 2,5 Prozent und im Jahr 2050 einen Beitragssatz von 2,8 Prozent erfordern.

Für zusätzliche Reformen, wie z. B. die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den Ausbau der Pflegeinfrastruktur, werden weitere Mittel benötigt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kostet nach den Berechnungen des Beirates im Jahr 2020 etwa 4,2 Mrd. Euro.

Die Pflegerisiken der Versicherten sind höchst ungleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung verteilt. Die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung beliefen sich 2009 pro Versichertem im Schnitt auf 276,01 Euro im Jahr. Die Leistungsausgaben der privaten Pflegeversicherung beliefen sich 2009 pro Versichertem hingegen im Schnitt nur auf 104,22 Euro im Jahr.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Punkte beinhaltet:

1. Unterstützung und Sicherung der Teilhabe für Pflegebedürftige

   Die Sorge, im Alter selbst pflegebedürftig zu werden, beschäftigt weite Teile der Bevölkerung und insbesondere auch die Jüngeren in unserer Gesellschaft. Neben dieser Sorge besteht der Wunsch, im Falle von Pflegebedürftigkeit trotzdem möglichst selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

   Dieser Wunsch wird sehr konkret mit dem Anliegen verbunden, so lange wie möglich in der eigenen häuslichen Umgebung bleiben zu können. Die umfassende Organisation des Lebens in der eigenen Wohnung überfordert jedoch ältere Menschen mit zunehmendem Bedarf an Betreuung und Pflege. Ängste vor dem Alleinsein nehmen zu. Der Schritt, in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gehen, erscheint dann als einzige Möglichkeit, den Alltag zu bewältigen.

   Vor dem Hintergrund, dass auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund betroffen sind, muss dem Bedürfnis nach kultursensibler Pflege mehr Beachtung zukommen.

1.1 Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss reformiert werden. Ein Pflegebedürftigkeitsbegriff „light“ ist abzulehnen. Durch die veränderte Definition der Pflegebedürftigkeit soll sich „niemand schlechter, aber viele besser stellen“. Mit der Reform muss die Möglichkeit der ambulanten Versorgung sowie Prävention und Rehabilitation gestärkt werden und somit auf die Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen, psychisch Kranken und pflegebedürftigen Kindern ausgerichtet werden. Grundlage der Reform sollen die Empfehlungen des Beirates sein, d. h. eine Beurteilung der Alltagskompetenz mit einem neuen Begutachtungsverfahren in acht Modulen und der Unterteilung in fünf Bedarfsgrade statt bisher drei Pflegestufen. Es muss Bestandsschutz für diejenigen gelten, die ihre Leistungen nach den alten Regelungen bekommen.

Ziel muss es sein, den Personenkreis, für den der Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt, im Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zu verankern. Mit der Verankerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB I wird eine Anspruchsvoraussetzung bei Pflegebedürftigkeit im SGB I definiert und den folgenden Sozialgesetzbüchern vorangestellt. Die speziellen Leistungsvoraussetzungen bei Pflegebedürftigkeit werden weiterhin in den nachfolgenden einzelnen Sozialgesetzbüchern geregelt: Ausbildung im SGB III, Krankenversicherung im SGB V, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im SGB IX, Pflegeversicherung im SGB XI, Sozialhilfe im SGB XII. Noch vorhandene Schnittstellenproblematiken in den Sozialgesetzbüchern müssen geklärt werden.

1.2 Ausbau der Pflegeberatung

Die wohnortnahe, quartiersbezogene, trägerunabhängige Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen wie zum Beispiel Servicestellen muss ausgebaut werden. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in der Pflegeberatung stärker berücksichtigt werden. Sie muss verstärkt Wohnberatung und Beratung von Wohnanpassungsmaßnahmen bis zur Information über technische Assistenzsysteme anbieten. Pflegeberatung muss auch Menschen mit Migrationshintergrund erreichen und muss auch barrierefrei und aufsuchend sein, Case- und Care-Management müssen verbindlich sein (Ausweitung des § 37 Absatz 3 SGB XI). Hierfür sind bundesweit einheitliche Standards notwendig.

Neue Wohnformen mit vielfältigen Betreuungsangeboten und Lebensformen müssen stärker gefördert werden, insbesondere im Hinblick auf Angebote für dementiell Erkrankte. Die Pflegekassen sollen neue Versorgungs- und Wohnkonzepte mit neuen Leistungs- und Leistungserbringerformen erproben können.

1.3 Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens

Das Leistungsrecht muss stärker flexibilisiert werden. Der Leistungsanspruch nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Leistungsanspruch nach dem neuen Begutachtungsverfahren darf nicht dazu führen, dass die/der Pflegebedürftige den Einsatz der Leistungen aus der Pflegeversicherung an die acht Module zur Beurteilung ihrer/seiner Pflegebedürftigkeit koppeln muss. Insbesondere die Leistungen nach § 40 SGB XI sollten flexibler in Anspruch genommen werden können. Den Leistungsanspruch von § 40 Absatz 4 SGB XI für die Verbesserung des Wohnumfeldes soll von derzeit 2 557 Euro auf bis zu 5 000 Euro erhöht werden. Es muss zukünftig sichergestellt werden, dass der Zuschuss je Maßnahme gewährt wird. Dabei dürfen alle Maßnahmen zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung, die auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfeplans zur Wohn-

umfeldverbesserung erforderlich sind, nicht automatisch als eine Verbesserungsmaßnahme gewertet werden. Für den Bedarfsgrad I ist der Anspruch in § 40 SGB XI festzuschreiben.

1.4 Förderung assistenzgestützer Systeme

Es ist es von entscheidender Bedeutung, dass Assistenzsysteme bei den Pflegebedürftigen auf Akzeptanz stoßen und leicht anwendbar sind. Technische Assistenzsysteme, die stigmatisierend wirken oder die Pflegebedürftigen durch die Anwendung bevormunden, sind zu vermeiden. Die Anwendung technischer Assistenzsysteme muss grundsätzlich freiwillig erfolgen. Die Technik muss zudem so datenschutzfreundlich wie möglich ausgestaltet sein. Die Finanzierung sinnvoller und anerkannter Assistenzsysteme soll als Pflichtleistung in das SGB XI aufgenommen werden.

1.5 Förderung alternativer Wohn- und Lebensformen

Neue Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften und das Mehrgenerationenwohnen mit vielfältigen Betreuungsangeboten und Lebensformen müssen stärker gefördert werden, insbesondere im Hinblick auf Angebote für dementiell Erkrankte. Durch die Förderung von Modellprojekten durch den Bund sollen neue Formen des Zusammenlebens ausprobiert werden. Die Pflegekassen sollen alternative Versorgungs- und Wohnkonzepte mit neuen Leistungs- und Leistungserbringerformen erproben können. Hierbei sollen insbesondere Projekte unterstützt werden, die die gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen und Pflegebedürftigen erhöhen, eine barrierefreie Wohngestaltung anbieten und gemeinschaftliche Aktivitäten befördern. Die Pflegeberatung soll auch alternative Wohnformen in der Kommune in ihre Beratung aufnehmen.

1.6 Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflege

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert nachhaltig die Schnittstellen für pflegebedürftige Menschen und die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Die leistungsgerechten Abgrenzungen und Überschneidungen sind daher neu zu gestalten. Hierfür ist die Reform der Eingliederungshilfe voranzutreiben.

1.7 Weiterentwicklung der Pflegequalität

Ein wichtiger Baustein der Reform ist die Weiterentwicklung der Prüfung ambulanter und stationärer Pflegequalität nach wissenschaftlich fundierten Grundlagen. Die Qualitätsprüfungen und Transparenzberichte müssen auf wissenschaftlich validen Indikatoren und Prinzipien beruhen. Externe und interne Instrumente zur Qualitätsprüfung und -entwicklung müssen sinnvoll miteinander verschränkt werden.

1.8 Förderung der Pflege- und Teilhabeforschung und zügiger Transfer neuer Erkenntnisse

Die Pflegeforschung muss weiter gestärkt werden und mit der Teilhabeforschung vernetzt werden. Sie muss dabei noch stärker an den Bedarfen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Im Bereich der technischen Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living – AAL) sollen zusätzliche Demonstrationsobjekte und Pilotprojekte Hemmschwellen bei der Auseinandersetzung mit dem Thema und Vorbehalte abbauen.

2. Entlastung von Pflegepersonen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen leisten eine herausragende Arbeit. Sie tragen oftmals die Hauptlast bei der Versorgung und

Pflege ihrer Angehörigen, denn für die überwiegende Zahl der Pflegepersonen ist es eine Selbstverständlichkeit, sich um ihre pflegebedürftigen Partner oder Eltern zu kümmern und auch die eigenen Kinder zu pflegen. Ohne dieses Engagement stünde die Gesellschaft vor noch größeren Herausforderungen. Die Entlastung von Pflegepersonen und die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements müssen ein wichtiges Anliegen und ein wesentlicher Baustein einer Pflegereform sein.

2.1 Gewährleistung der aufsuchenden Beratung

Es muss gewährleistet werden, dass pflegende Angehörige und Freunde umfassend und aufsuchend Beratung und Anleitung zur Bewältigung der Betreuungs- und Pflegeaufgaben erhalten. Zur Sicherstellung sind bundesweit einheitliche Standards festzulegen.

2.2 Förderung des Ehrenamts

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege braucht professionelle Unterstützung. Dabei muss in § 45d SGB XI festgeschrieben werden, dass Mittel nicht nur zur Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe bereitgestellt werden können, sondern sollen. In allen Bundesländern ist dies durch entsprechende Richtlinien zu regeln. Die Selbsthilfeförderung muss erhalten bleiben und auch weiterhin niedrigschwellig ohne den Abschluss von Versorgungsverträgen angeboten werden können.

2.3 Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Pflegepersonen brauchen mehr Unterstützung für kleinere Auszeiten und erweiterte Ansprüche auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Hierzu sollen die Ansprüche nach den §§ 42 und 39 SGB XI von derzeit 1 510 Euro auf 3 020 Euro für acht Wochen je Kalenderjahr erhöht werden.

2.4 Hilfe bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit

Angehörige sollen analog zum Kinderkrankengeld bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit einen Anspruch auf Lohnersatzleistung für die bis zu zehn Tage bestehende Freistellungsmöglichkeit nach dem Pflegezeitgesetz für privates Pflegemanagement beanspruchen können.

2.5 Unterstützung von pflegenden Angehörigen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Das Familienpflegezeitgesetz von Bundesministerin Dr. Kristina Schröder geht am Bedarf der Betroffenen vorbei. Ein Familienpflegezeitmodell muss stärker den Bedürfnissen von Menschen, die sich um Pflegebedürftige kümmern Rechnung tragen. Dafür muss ein Rechtsanspruch auf ein flexibles Zeitbudget einführt werden, das auch zeitlich in Abschnitte unterteilt oder über einen längeren Zeitraum gestreckt werden kann und für das es einen Anspruch auf eine Lohnersatzleistung gibt. Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin muss während dieser Phase ein Recht auf Kündigungsschutz haben. Pflegezeiten müssen rentenrechtlich höher bewertet werden.

2.6 Ermöglichung der Sterbebegleitung

Für die Begleitung eines sterbenden nahen Angehörigen soll es einen gesonderten Freistellungsanspruch mit Lohnersatzleistung geben. Dabei soll sich an den Modellen anderer Länder orientiert werden.

3. Gute Arbeit für Pflegefachkräfte

Das Gesundheitswesen und die Pflege gehören zu den Bereichen, die in Zukunft mehr Beschäftigung bieten können und für unsere Volkswirtschaft in hohem Maße wertschöpfend sind.

Trotzdem besteht bereits jetzt in der Pflege ein Fachkräftemangel. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes werden 2025 rund 152 000 Fachkräfte in der Pflege fehlen. Nach Angaben des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste werden in den nächsten zehn Jahren sogar 288 000 zusätzliche Pflegefachkräfte benötigt. Diese Entwicklung ist u. a. die Folge eines über Jahre hinweg in der Öffentlichkeit negativ verzeichneten Berufsbildes mit schlechten Entwicklungs- und Arbeitsbedingungen. Mit dem Pflegeberuf werden niedrige Bezahlung und schwierige Arbeitsbedingungen verbunden.

Demgegenüber steht eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten.

Nur ein Bündel von Maßnahmen kann dazu führen, dass sich das gesellschaftliche Bild des Pflegeberufes wandelt. Entscheidend ist, dass Pflege „gute Arbeit" sein muss. Altenpflege ist physische und psychische Schwerstarbeit und muss daher angemessen und fair bezahlt werden. Arbeitgeber, die das tun, müssen vor unfairer Konkurrenz durch Billigpflege mit Dumpinglöhnen geschützt werden. Diese Aufgabe kann nur unzureichend durch gesetzliche Regelungen „verordnet" werden, sondern kann nur gemeinsam durch Politik, Medien, Pflegekassen, Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie durch die in den pflegenden Berufen Tätigen bewältigt werden. Dazu gehört auch, mehr Best-Practice-Beispiele öffentlich zu präsentieren. Insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund brauchen außerfamiliäre positive Beispiele für ihr Berufswahlverhalten.

3.1 Reform der Ausbildung

Notwendig ist eine generalistische Erstausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit einer daran anschließenden weiterführenden Spezialisierung. In der Pflege muss ein Berufsaufstieg ermöglicht werden. Im Interesse der jungen Menschen soll nur noch ein Berufsabschluss am Ende der gemeinsamen dreijährigen Ausbildung stehen. Für die Neuregelung der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege soll ein Vorschlag erarbeitet werden.

3.2 Finanzierung der Ausbildung

Auch für die Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege muss gelten: Ausbildung ist gebührenfrei. Es ist zu prüfen, ob und wie eine bundeseinheitliche Lösung möglich ist, damit die Kosten der Ausbildung von der gesamten Pflegebranche über eine bundeseinheitliche Ausbildungsplatzumlage getragen und durch Umlagefinanzierung bzw. Einrichtung eines Ausbildungsfonds finanziert werden können. So werden auch nichtausbildende Einrichtungen der Altenpflege künftig an der Finanzierung der Ausbildung und Ausbildungsvergütung beteiligt. Die Finanzierung der Pflegeschulen ist eine öffentliche Aufgabe. Das von Auszubildenden selbst zu zahlende Schulgeld muss abgeschafft werden.

3.3 Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen

Zur Förderung des dritten Ausbildungsjahres für die berufliche Weiterbildung in der Alten- und Krankenpflege soll mit den Bundesländern zügig eine tragfähige Grundlage für die Finanzierung erarbeitet werden. Für den Übergang soll bis Ende 2013 die Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit verlängert werden.

3.4 Weiterbildung für Pflegefachkräfte

Berufserfahrenen Pflegehilfskräften mit Eignung zur Pflegefachkraft müssen Bildungswege zur Weiterqualifizierung eröffnet werden. Generell muss diese durchlässig sein und Aufstiegsmöglichkeiten garantieren.

Die Richtlinie zur Heilkundeübertragung muss von den gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern schnell in die Praxis umgesetzt werden. Pflegefachkräfte müssen Weiterbildungsmöglichkeiten zur Ausübung der in der Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten erhalten. Die fachliche Aufwertung des Pflegeberufs durch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten muss bei den Lohnverhandlungen der Tarifpartner entsprechend Berücksichtigung finden. Die Ausbildung von Pflegefachkräften muss hinsichtlich der neuen Tätigkeiten angepasst werden.

3.5 Start einer Informations- und Imagekampagne

Mit einer Kampagne, die von der Politik, den Pflegekassen, den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden getragen wird, sollen junge Menschen über Pflegeberufe informiert und auf die Attraktivität von Umschulungen hingewiesen werden.

3.6 Leistungsgerechtere Bezahlung

Es muss in der Pflegebranche leistungsgerechter bezahlt werden. Der Mindestlohn war ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung der Entlohnung hin zu guter tariflicher Bezahlung. Die Lohnunterschiede in Ost und West müssen beendet werden. Die Tarifpartner sind aufgefordert, einen flächendeckenden Tarifvertrag für eine bessere Bezahlung umzusetzen.

3.7 Bürokratieabbau und Dokumentation

Pflegefachkräfte müssen entlastet und Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen durch die Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation unterstützt werden. Modellprojekte zur Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation sollen gezielt gefördert werden. Der Aufbau von elektronischen Systemen soll zudem dem Ziel der stärkeren Vernetzung ambulanter und stationärer Einrichtungen dienen. Pflegefachkräfte müssen für die Verwendung von EDV-gestützten Systemen von den Einrichtungen weitergebildet werden. Bei der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation müssen die Datenschutzbestimmungen gewahrt werden.

3.8 Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst

Es soll eine Kampagne für das Freiwillige Soziale Jahr und für den Bundesfreiwilligendienst in Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Diejenigen jungen Menschen, die ein solches Jahr geleistet haben, „entdecken“ oft ihre Begeisterung und Fähigkeit für einen Beruf in der Pflege.

4. Ausbau kommunaler Pflegeinfrastruktur

Pflege der Zukunft ist Pflege im Quartier und in der Kommune. Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehöriger braucht eine umfassende, sozialräumliche und integrierte Sozialplanung, die nur auf örtlicher Ebene erfüllt werden kann. Diese Vernetzung der sozialen Dienstleistungen und anderer infrastruktureller Angebote muss auch die Selbsthilfe, das Ehrenamt und die nachbarschaftlichen Hilfen einbeziehen. Integrierte Sozialplanung umfasst auch die Wohnungswirtschaft, die Wirtschaftsförderung, den öffentlichen Personennahverkehr und die Bauleitplanung.

Insbesondere die Beratungsangebote sind wichtige Bausteine für ein umfassendes Versorgungskonzept. Die Ausgestaltung und Qualität der Beratungsangebote sind wichtig für ihre Akzeptanz und letztlich entscheidend für eine erfolgreiche Beratung und damit zentral für die Lebensqualität von Menschen, die einen Hilfebedarf haben, pflegebedürftig sind oder sich präventiv beraten lassen wollen.

Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen sind daher entsprechend auszubauen, um so auch Folgekosten für den Sozialhilfeträger zu vermeiden. Zudem ist langfristig auf eine Pflege- und Teilhabeberatung aus einer Hand hinzuwirken.

4.1 Anforderungen an die Kommunen

§ 8 (Aufforderung an die Kommunen, für eine Infrastruktur zu sorgen) und § 9 SGB XI (Vorhaltung einer Versorgungsstruktur über nähere Regelung im Landesrecht) sind konkreter zu fassen, um vernetzte, quartiersbezogene Angebote für Pflege und Betreuung aufzubauen. Die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern sowie quartiersbezogene Kooperationen müssen verbindlicher geregelt werden.

Zum Ausbau der kommunalen Pflegeinfrastruktur brauchen die Kommunen eine bessere Finanzausstattung. Deshalb müssen eine Weiterentwicklung der Gewerbesteuer und weitere Entlastungen bei den Sozialausgaben vorangetrieben werden.

4.2 Sicherstellungsauftrag an die Kommunen

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages (§§ 69 und 3 SGB XI) müssen Pflegekassen in enger Kooperation mit Ländern und Kommunen für einen Ausbau der Pflegeinfrastruktur sorgen. Regionale Pflegekonferenzen sollen den Ausbau der Pflegeinfrastruktur gestalten. Die Kommunen müssen hierin finanziell unterstützt werden. In Absprache mit den Ländern und Kommunen müssen, wie von den Pflegekassen bereits 2008 geplant, in den nächsten Jahren hinreichende Mittel für die Anschubfinanzierung des flächendeckenden Aufbaus von Pflegestützpunkten zur Verfügung gestellt werden.

4.3 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege für Einzelpersonen nach § 77 SGB XI ist flexibler zu gestalten und von den Pflegekassen stärker zur Versorgung in ländlichen Räumen zu nutzen.

4.4 Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegepersonen pflegender Angehöriger bei der häuslichen Pflege

Die Möglichkeiten einer 24-Stunden-Pflege durch individuelle und institutionelle Hilfen soll geprüft werden und die Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern (Österreich, Frankreich, Belgien) sollen in die Prüfung mit einbezogen werden.

Ebenso in die Prüfung mit einbezogen werden soll, wie gemeinnützige Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen bzw. gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften eine Möglichkeit sein können, die betroffenen Familien von der Arbeitgeberfunktion zu entlasten.

4.5 Förderung von Wohnungsbau und Umbau

Barrierefreiheit muss beim Bau und Umbau selbstverständlich werden. Bei der Förderung von Wohnungsneubau und der Sanierung des Wohnungsbestandes muss das Kriterium altersgerecht/barrierefrei höchste Priorität genießen. Das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ muss fortgeführt und

verstetigt werden. Gemeinsam mit den Bundesländern ist die Musterbauordnung zu überarbeiten, um die Anforderungen an Barierrefreiheit beim Neu- und Umbau zu optimieren und bei Verstößen auch zu sanktionieren.

5. Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ darf nicht nur eine Formel sein. Die Stärkung der Prävention muss auf vielfältige Weise unterstützt werden, z. B. durch gute Beratung, aber auch in medizinischer Hinsicht durch eine gute ärztliche Versorgung und durch Rehamaßnahmen. Ziele von Prävention und Rehabilitation im höheren Lebensalter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Multimorbidität, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit. Eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist dringend erforderlich. Durch eine frühzeitig ansetzende Beratung können die Kosten beträchtlich gesenkt werden.

5.1 Fachärztliche Versorgung

Die haus-, zahn- und fachärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen muss nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Prävention verbessert werden. Die Anstellung von Heimärzten bzw. die Kooperation zwischen stationären Einrichtungen und Ärztinnen und Ärzten muss konsequenter umgesetzt werden. Insbesondere die zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist ungenügend. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen kommen derzeit ihrem Versorgungsauftrag nur unzureichend nach. Es ist daher zu prüfen, ob nicht auch darüber hinausgehende Konzepte die zahnmedizinische Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen deutlich besser gewährleisten können.

5.2 Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation ist tatsächlich medizinische Rehabilitation. Der in § 40 SGB V verankerte Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation muss eingelöst werden. Der in Absatz 3 Satz 6 festgehaltene Betrag von 3 072 Euro ist offensichtlich zu gering und muss deutlich erhöht werden.

Darüber hinaus sind alle Rehaanträge an einer Stelle zu bündeln und unabhängig von der Zuständigkeit eines Kostenträgers dort zu prüfen und zu entscheiden.

Das Antragsverfahren für Rehamaßnahmen muss so organisiert werden, dass eine tatsächliche Durchsetzung des Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitation sichergestellt wird. Hierfür soll bei nicht fristgemäßer Gewährleistung einer Rehamaßnahme gemäß § 23 Absatz 5 Satz 2 SGB V durch die Krankenkasse die Rentenversicherung für die Rehaleistung in Vorleistung treten. Die Rückzahlung der Kosten durch die Krankenversicherung an die Rentenversicherung soll das 1,5-Fache der ausgelegten Kosten betragen.

6. Sicherung einer solidarischen Finanzierung

Die Grundprinzipien des SPD-Bürgerversicherungsmodells in der Krankenversicherung sollen auf die Pflegeversicherung übertragen werden. Innerhalb der Bürgerversicherung wird ein gemeinsamer Ausgleichsmechanismus eingeführt, an dem alle privaten und gesetzlichen Pflegekassen teilnehmen.

Berlin, den 13. Juni 2012

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

Begründung

1.1 Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Seit der Einführung der Pflegeversicherung wird kritisiert, dass der im SGB XI geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert sei. Die so kritisierte „Minutenpflege“ trägt insbesondere den Bedürfnissen von Menschen mit sogenannter eingeschränkter Alltagskompetenz kaum Rechnung. Der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit z. B. Demenz wird mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) und den davon abgeleiteten Leistungsansprüchen zu wenig berücksichtigt.

Mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsverfahren wird der Teilhabegedanke aufgegriffen und dem Bedürfnis nach Betreuung und Pflege entsprochen.

Ziel muss es sein, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB I, welches die sozialen Rechte normiert und alle Sozialleistungen aufzählt, zu definieren. Das ist in Bezug auf die Schnittstellenproblematik im SGB notwendig. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, in den entsprechenden weiteren Sozialgesetzbüchern die jeweiligen Leistungsansprüche zu regeln.

1.2 Ausbau der Pflegeberatung

Mit dem geplanten Aufbau von bundesweit 570 Pflegestützpunkten wurde im Gesetzesverfahren in der damaligen schwarz-roten Koalition nur ansatzweise dem von der Fraktion der SPD formulierten und von der damaligen Bundesministerin für Gesundheit unterstützten Anspruch nach wohnortnaher, trägerunabhängiger Beratung entsprochen.

Der Aspekt der trägerunabhängigen Beratung wird zunehmend wichtig, da Pflegebedürftige weiterhin die freie Wahl der Hilfen haben müssen und auch die freie Wahl einer stationären Einrichtung. Es mehren sich die Hinweise, dass diese freie Wahl von den jeweiligen Sozialhilfeträgern nicht immer gewährleistet wird.

Unstrittig ist, dass aufsuchende Beratung ein wesentlicher Baustein für die Umsetzung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor (zunehmender) Pflege“ ist. Zwar besteht nach § 7a SGB XI bereits für Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, ein Anspruch auf Pflegeberatung; eine Verstärkung dieses Anspruches ist allerdings notwendig. Es muss gewährleistet werden, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige umfassend und aufsuchend die Beratung und Anleitung zur Bewältigung der Betreuungs- und Pflegeaufgaben erhalten; dazu gehört auch die Beachtung behinderungsbedingter Bedürfnisse.

Die Beratung muss sowohl individuell das Case-Management als auch das Care-Management, die Information über Koordinierungsmöglichkeit von Geld-, Sach- und Dienstleistungen, umfassen.

Beratung muss kundenorientiert sein und z. B. den Aufbau einer alternsgerechten Musterwohnung beinhalten. Sie muss unter Beachtung behinderungsbedingter Bedürfnisse erfolgen, zum Beispiel für Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigung, bzw. in leichter Sprache abgefasst sein.

Der technischen Assistenz kommt zunehmend Bedeutung zu. Von Hilfen zum Anziehen von Strümpfen über Aufstehhilfen bis hin zu Sensorsystemen, die bei Stürzen eine Notfallkette in Gang setzen, bieten intelligente Assistenzsysteme die Möglichkeit, länger in der Häuslichkeit zu verbleiben.

Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI muss offensiver genutzt werden. An Beispielen wie dem

Demenzdorf Hogewey in den Niederlanden lässt sich aufzeigen, dass gerade für Menschen mit Demenz die Lebensform und die Wohnsituation für die Lebensqualität entscheidend sind. Sie brauchen weniger Medikamente, die Unruhe bis hin zu aggressivem Verhalten tritt längst nicht so massiv auf und auch z. B. die Inkontinenz geht zurück.

Demenzkranke werden heute oft mit Medikamenten ruhig gestellt. Nach dem Arzneimittelreport der Barmer GEK werden Demenzkranken sechsmal häufiger Beruhigungsmittel als Patienten ohne Demenz verschrieben.

1.3 Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens

Der Grad der individuellen Beeinträchtigung soll in acht Modulen ermittelt werden: Mobilität, kognitive und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Jedes Modul liefert ein Teilergebnis, aus dem nach einer bestimmten, vorgegebenen Bewertungssystematik ein Gesamtergebnis ermittelt wird. Aus den Modulen 1 bis 6 soll der Grad der Pflegebedürftigkeit abgeleitet werden, aus den Modulen 7 und 8 der Grad der Hilfebedürftigkeit. Der Leistungsanspruch soll allerdings als Gesamtleistung zur Verfügung stehen und nicht an die einzelnen Module gebunden sein.

Die Leistungen für eine Wohnumfeldverbesserung sind entscheidend für den Verbleib in der Häuslichkeit, eine Verdoppelung ist daher geboten und außerdem eine Klärung, was Einzelmaßnahmen sind. Damit sind Pflegekassen gehalten, die Wohnumfeldverbesserung stärker zu unterstützen. Pflegebedürftige leisten in der Regel einen angemessenen Eigenanteil von ca. 10 Prozent der Kosten. Im Jahr 2010 bezuschusste die soziale Pflegeversicherung wohnumfeldverbessernde Maßnahmen mit 100 Mio. Euro. Gegenüber dem Jahr 2009 war dies eine Steigerung von 6,72 Prozent.

Der Beirat hat in seinen Berechnungen den Personenkreis, der den Bedarfsgrad I erreicht, mit 650 000 beziffert. Menschen mit dem Bedarfsgrad I sollen einen Anspruch auf zweckgebundene Geldbeträge für unterstützende Dienstleistungen wie z. B. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Kostenerstattungsverfahren beanspruchen können, Anspruch auf Pflegeberatung sowie häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 Satz 6 SGB XI haben, Anspruch auf Pflegekurse sowie auf Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen und Pflegehilfsmittel haben. Diese Ansprüche verzögern die Zunahme von Pflegebedürftigkeit.

1.4 Förderung assistenzgestützer Systeme

Technische Assistenzsysteme, die z. B. bei Stürzen eine Alarmierung auslösen, Raumtemperaturen und Lichtverhältnisse steuern oder akustische und optische Orientierungshilfen bieten, erleichtern die Bewältigung des Alltags. Ziel dieser Assistenzsysteme ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhöhen und damit einen möglichst langen Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

1.5 Förderung alternativer Wohn- und Lebensformen

Die Zahl der Menschen, die im Alter allein leben, nimmt zu. Laut Statistischem Bundesamt leben 40 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in einem Einpersonenhaushalt (2004). Familienstrukturen haben sich gewandelt. Oftmals wohnen die Kinder der Eltern nicht mehr am selben Wohnort. Damit fallen auch soziale Kontakte für ältere Menschen weg.

Um eine Vereinsamung von Pflegebedürftigen und älteren Menschen zu vermeiden, ist es notwendig, den Aufbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen vor Ort stärker zu unterstützen. Ältere Menschen und Pflegebedürftige müssen in selbstgewählten „Familien“ leben können.

1.7 Weiterentwicklung der Pflegequalität

Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Prüfung ambulanter und stationärer Pflegequalität ist unstrittig. Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen.

1.8 Förderung der Pflege- und Teilhabeforschung und zügiger Transfer neuer Erkenntnisse

Schon heute gibt es zahlreiche Erkenntnisse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zur Erleichterung des Alltages für pflegebedürftige Menschen. Nicht immer gelingt jedoch der rasche Transfer in die Versorgungspraxis. Beispielsweise sind viele technische Hilfsmittel zur Unterstützung der eigenen Häuslichkeit im Alltag noch immer nicht bei den Pflegebedürftigen angekommen.

2.1 Gewährleistung der aufsuchenden Beratung

Pflegekassen bieten eine Beratung teilweise nur zögerlich an und Angehörige kennen die Beratungsmöglichkeiten der Pflegekassen oftmals nicht. Daher ist das geltende Recht auf Beratung umzusetzen.

2.2 Förderung des Ehrenamts

Die Umsetzung der §§ 45c und 45d SGB XI ist auf Länderebene sehr unterschiedlich. Zum Beispiel gibt es in Thüringen noch keine Richtlinie zu § 45d SGB XI. Auch die Vergabe von Geldern nach § 45c SGB XI erfolgt sehr zögerlich. So haben in einigen Bundesländern Vertreter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die Schulungen für Helfer durchführen, auch Mitte dieses Jahres noch keine Bewilligung ihres jährlich zu stellenden Antrags erhalten. Die Finanzierung der Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements braucht jedoch Verlässlichkeit.

2.3 Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Pflegepersonen leiden insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker an einem „Rund-um-die-Uhr“-Stress. Die Pflege des/der oftmals fast gleichaltrigen Partners/Partnerin bedeutet für die Pflegeperson, den ganzen Tag und auch bei Nacht da zu sein und ständig „Bereitschaft“ zu haben. Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege bietet in dieser Situation die Möglichkeit der Entspannung und des Krafttankens. Vier Wochen pro Jahr sind hierfür zu wenig, um dauerhaft den Verbleib in der gemeinsamen Häuslichkeit zu garantieren.

Im Jahr 2010 kostete die Kurzzeitpflege die Pflegekassen 340 Mio. Euro. Seit 1995 steigen die Kosten kontinuierlich an. Die Kosten für die Verhinderungspflege beliefen sich 2010 auf 400 Mio. Euro.

2.4 Hilfe bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit

Schon mit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wollten die Fraktion der SPD und die damalige Bundesministerin für Gesundheit eine Lohnersatzleistung für die zehntägige Freistellung, denn Pflege muss man sich leisten können. Da der Anspruch auf eine bis zu zehn Tage andauernde Freistellung derzeit nicht mit einer Lohnersatzleistung

gekoppelt ist, wird dieser Anspruch auf Freistellung nur sehr zurückhaltend wahrgenommen.

2.5 Unterstützung von pflegenden Angehörigen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Das Familienpflegezeitgesetz der Bundesregierung verbessert die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht nachhaltig. Es gibt weder einen gesetzlichen Anspruch auf eine Familienpflegezeit, keinen Kündigungsschutz, noch wird der Anspruch auf alle Betriebe unabhängig von einer bestimmten Zahl von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ausgeweitet. Das Pflegezeitgesetz, das den Anspruch auf eine sechsmonatige Freistellung beinhaltet, muss weiterentwickelt werden. Mit dem Modell eines flexibel handhabbaren Zeitbudgets sollen Angehörige besser unterstützt werden, die sich neben ihrer Erwerbstätigkeit um Pflegebedürftige zu Hause kümmern. Ziel muss es dabei sein, dass Frauen und Männer sich die Verantwortung für Sorgearbeit gleichberechtigt aufteilen. Eine Lohnersatzleistung soll die finanziellen Einbußen, die Angehörigen durch die Reduzierung der Arbeitszeit entstehen, abfedern.

Pflegezeiten werden derzeit niedriger als Kindererziehungszeiten angerechnet. Pflegepersonen, die Menschen mindestens 14 Stunden nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung pflegen und nicht mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten, sind in der Rentenversicherung pflichtversichert.

2.6 Ermöglichung der Sterbebegleitung

Die Humanität unserer Gesellschaft misst sich wesentlich auch daran, ob umsichtig die Selbstbestimmung der Menschen auch in der Zeit von Pflegebedürftigkeit in der letzten Lebensphase gesichert wird. Das ist wichtig für die, die gehen, aber auch für die, die sie begleiten und die um sie trauern.

§ 37b (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und § 39a SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen) beinhalten den Anspruch der Versicherten auf spezialisierte Palliativversorgung und Hospizleistungen. Insbesondere die ambulante Palliativversorgung gilt es im Sinne des SGB V auszubauen. Andere europäische Länder haben bereits Freistellungsregelungen für Menschen, die sterbende Angehörige begleiten, eingeführt (z. B. Dänemark, Schweden, Österreich). Es muss einen Rechtsanspruch auf Freistellung geben. Die Praxis in anderen Ländern soll auf ihre Umsetzbarkeit in Deutschland überprüft werden.

3.1 Reform der Ausbildung

Die längst überfällige Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen muss dringend umgesetzt werden. Die Bedarfe bezüglich der Versorgung von älteren, aber auch von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen allgemein unterliegen angesichts des demografischen Wandels einer permanenten Veränderung. Die zukünftige Ausbildung muss flexibel auf diese Änderungen reagieren und gleichzeitig attraktiv auf junge Menschen wirken. Darüber hinaus müssen in der Ausbildung Inhalte über eine kultur- und gendersensible Pflege vermittelt werden. Hierzu gehören Kenntnisse über Religion, Kultur und Sprache der in Deutschland lebenden Migrantengruppen sowie eine Sensibilisierung für deren Bedürfnisse.

Die Ausbildungen in der Gesundheits-, Kinderkranken- und Altenpflege wurden 2003 mit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) bzw. 2004 mit dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) neu geordnet und jeweils in einem eigenen Berufsgesetz verankert. In beiden Gesetzen wurden auch

Modellklauseln normiert, durch die die Erprobung gemeinsamer Pflegeausbildungen ermöglicht wurde. Die Evaluation der Modellprojekte zeigt, dass eine gemeinsam konzipierte generalistische Ausbildung zur Steigerung der professionellen pflegerischen Handlungskompetenz über das gesamte Berufsleben führt. Sie qualifiziert für die Tätigkeit in allen Schwerpunktbereichen: präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ. Damit wird die Ausbildung nicht zu einer Einbahnstraße, sondern gewährt die seit Langem geforderte horizontale Durchlässigkeit.

Nicht nur mit Blick auf Europa ist die Durchlässigkeit der gesamten Bildungslandschaft Pflege notwendig: Ein breiterer Zugang zum Pflegeberuf muss ermöglicht werden. Dies setzt einen Bewusstseinswandel und eine bessere Verzahnung aller beteiligten Akteure wie der Träger der Ausbildung, der Einrichtungen des Gesundheitswesens und der politischen Entscheidungsträger voraus. Lebenslanges Lernen muss auch in der Pflege zur Selbstverständlichkeit werden. Die Mobilität von Pflegefachkräften innerhalb der EU muss sichergestellt sein. Deutschland muss ein attraktiver Arbeitsplatz für ausländische Pflegefachkräfte sein.

3.2 Finanzierung der Ausbildung

Die Ausbildung in der Pflegebranche muss solidarisch finanziert werden. Nur so wird eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen geschaffen und die Ausbildungsbereitschaft unterstützt. Derzeit werden die Kosten der schulischen Ausbildung durch die Bundesländer unterschiedlich geregelt und variieren erheblich. Teilweise werden nur Personalkosten, teilweise nur Betriebskosten erstattet, auch die Höhe der Zuschüsse sowie die Regelungen zum Schulgeld variieren stark und teilweise sind auch die Kommunen an der Finanzierung beteiligt. Die Vergütung sowie die Kosten der praktischen Ausbildung werden durch die Pflegekassen erbracht. Die Ausbildungsvergütung wird entweder durch Zuschlag für die Patientinnen und Patienten oder über eine landesspezifische Umlage erbracht.

Die Finanzierung der Pflegeschulen ist eine öffentliche Aufgabe. Pflegeberufsbildende Schulen müssen wirkungsgleich finanziert werden.

3.3 Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen

In der Vergangenheit war durch die gesicherte Übernahme im dritten Ausbildungsjahr die Zahl der Umschüler deutlich gestiegen.

3.4 Weiterbildung für Pflegefachkräfte

Wie in Nummer 3.1 ausgeführt, werden auch die Einstiegs- und Aufstiegsmöglichkeiten in Pflegeberufen ausschlaggebend für die Gewinnung von Nachwuchs- und Fachkräften sein. Neben innerbetrieblichen Karriere- und Aufstiegschancen gilt es u. a. auch durch mehr Verantwortung und Kompetenz (Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen) das Image der Pflegeberufe zu stärken.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat den Krankenkassen mit § 63 Absatz 1 SGB V die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen eines Modellvorhabens die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege zu erproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Richtlinie mit einem Katalog von 40 ärztlichen Tätigkeiten erlassen. Pflegefachkräfte können nach dieser Richtlinie zum Beispiel spezifische Infusionstherapien und Wund- und Schmerztherapien selbständig ausführen.

3.5 Start einer Informations- und Imagekampagne

Eine gemeinsame Kampagne der Politik, von Pflegekassen, den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden für gute Pflege kann in vielfältiger Hinsicht werben:

1. Die Sicherung einer guten Pflege ist ein Wert und Pflege hat einen Wert.
2. Die Pflege bietet gute und zukunftsfeste Beschäftigung.
3. Pflegefachkräfte und Pflegepersonen leisten für die gesamte Gesellschaft einen wertschöpfenden Beitrag. Zwar sind bisher regelmäßig Kampagnen zur Imageverbesserung der Pflege durchgeführt worden, aber auch regelmäßig wieder vergessen worden, weil sie nicht an die tatsächliche Verbesserung der Rahmenbedingungen gekoppelt waren.

3.6 Leistungsgerechtere Bezahlung

Geld garantiert keine gute Pflege, aber die Rahmenbedingungen für gute Pflege haben ihren Preis. Mit dem Mindestlohn ist ein wichtiger Schritt gemacht, die Angleichung von Ost an West ist der nächste Schritt und der durch Tarifbindung begründete höhere Personalkostenaufwand muss bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden.

3.7 Bürokratieabbau und Dokumentation

Pflegefachkräfte beklagen oft die aufwändige Dokumentation der Pflegetätigkeit. Die Zeit, die sie für die Dokumentation verwenden, möchten sie lieber dem oder der Pflegebedürftigen direkt zukommen lassen. Für eine professionelle Pflege ist eine nachvollziehbare und gute Dokumentation der Pflege jedoch unerlässlich. Die Pflegedokumentation gewährleistet Qualität und Transparenz der Pflegearbeit. Damit Pflegefachkräfte möglichst viel Zeit dem Pflegebedürftigen zuwenden können, ist eine möglichst effiziente und unbürokratische Dokumentation der Pflege notwendig.

3.8 Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst

Das Freiwillige Soziale Jahr und der Bundesfreiwilligendienst sind geeignet, um junge Menschen an Pflegeberufe heranzuführen. Schon durch den jetzt entfallenen Zivildienst haben nachgewiesenermaßen Zivildienstleistende ihr Interesse an einem Pflegeberuf „entdeckt“.

4.1 Anforderungen an die Kommunen

Die Länder und Kommunen haben Gestaltungsverantwortung. Die Pflegeinfrastruktur wird derzeit im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben durch viele Akteure beeinflusst. Die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe kann nur auf kommunaler Ebene erfolgen. Kommunale Pflegeplanung darf sich nicht auf die zahlenmäßige Erfassung von Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege beschränken. In den Kommunen müssen die Alltagsinfrastruktur, die Unterstützungsinfrastruktur vor und bei Pflegebedürftigkeit und die Infrastruktur zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale vorhanden sein, um den demografischen Wandel zu gestalten.

4.2 Sicherstellungsauftrag der Kommunen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Aufbau von Pflegestützpunkten mit 60 Mio. Euro unterstützt. Es zeigt sich, dass die Länder den Aufbau von Pflegestützpunkten unterschiedlich intensiv betreiben. Lediglich in Rheinland-Pfalz sind alle geplanten Stützpunkte aufgebaut worden. Und es zeigt sich, dass nur dort, wo Qualität und Niedrigschwelligkeit stimmen, sich die Beratungszahlen positiv entwickeln.

Es ist entscheidend, dass an der Planung und dem Aufbau der Pflegeinfrastruktur neben Vertretern der Kommunen auch die Pflegekassen, Sozial- und Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen beteiligt werden.

Die Bereitstellung der Mittel aus der Pflegeversicherung wird mindestens mittelfristig dazu führen, dass sich die Kosten für die Pflegekassen positiver entwickeln.

4.3 Häusliche Pflege

Mit § 77 SGB XI ist die Möglichkeit geschaffen z. B. Versorgungslücken durch Verträge mit Einzelpersonen zu schließen. Pflegebedürftige und Pflegekassen machen davon nur wenig Gebrauch. Insbesondere in ländlichen Räumen muss diese Möglichkeit zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung genutzt werden.

4.4 Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegepersonen pflegender Angehöriger bei der häuslichen Pflege

Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, damit in Privathaushalten sozialversicherungspflichtige und tarifgebundene Beschäftigung zur umfassenden Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen entsteht. Mit der Einführung einer 24-Stunden-Pflege können ein großes ungenutztes Arbeitskräftepotential gehoben und ebenso Arbeitsverhältnisse legalisiert werden. Dabei müssen die Erfahrungen aus z. B. Österreich, Frankreich, Belgien und Dänemark mit einbezogen werden.

Die bisherigen steuerlichen Regelungen für haushaltsnahe Dienstleistungen sind für viele Rentnerinnen und Rentner und für viele Familien mit geringem Einkommen keine Entlastungen. Eine Entlastung von Pflegepersonen mit geringem Einkommen muss in erster Linie durch direkte Leistungen erfolgen. Auch für sie muss häusliche Unterstützung bezahlbar sein.

4.5 Förderung von Wohnungsbau- und Umbau

Experten schätzen, dass lediglich 1 bis 2 Prozent des gesamten Wohnraums in Deutschland alternsgerecht gestaltet sind. Schätzungsweise müssten jährlich 100 000 alternsgerechte Wohnungen durch Neubau oder Modernisierung geschaffen werden, bis 2025 etwa 1,5 Millionen Wohnungen.

5.1 Fachärztliche Versorgung

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglicht den stationären Einrichtungen die Anstellung von Heimärztinnen bzw. -ärzten und die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten. Hiervon machen nur wenige Einrichtungen Gebrauch. Die Wichtigkeit einer umfassenden haus-, zahn- und fachärztlichen Versorgung wird u. a. durch die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen aus stationären Einrichtungen heraus deutlich. Um die ärztliche Versorgung sicherzustellen, hat die AOK Baden-Württemberg mit Trägern stationärer Einrichtungen in Stuttgart und Ärzteverbänden nach dem Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung die Versorgung vertraglich gesichert. Dies kann Vorbild für weitere vertragliche Regelungen sein.

5.2 Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation

Der Anspruch auf medizinische Rehabilitation ist zwar in § 40 SGB V (Krankenversicherung) verankert, wird jedoch von dem Kostenträger Krankenversicherung nur sehr zögerlich gewährleistet, obwohl die Krankenkasse der Pflegekasse einen Beitrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte zu zahlen hat, für die innerhalb von sechs Monaten

nach Antragstellung keine notwendige Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden ist.

Zwischen den einzelnen Kostenträgern für Rehabilitation gibt es massive Bestrebungen, die Kosten für Rehabilitation abzuschieben.

6. Sicherung einer solidarischen Finanzierung

Die oben aufgeführten Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige müssen schnellstmöglich umgesetzt werden. Die Kommunen müssen unterstützt und die Versicherten dürfen nicht unverhältnismäßig belastet werden. Eine Zwei-oder Drei-Klassen-Pflege ist abzulehnen.

Die solidarische und paritätische Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung muss ausgebaut werden.

Notwendig ist die Einführung der Bürgerversicherung Pflege. Damit wird auch auf der Finanzierungsseite ein gerechtes System geschaffen, das alle entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht und die Lasten fair verteilt. Die Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerpflegeversicherung erfordert es, dass die bisherigen privaten und gesetzlichen Pflegekassen in Zukunft eine Bürgerpflegeversicherung zu exakt gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten können.

Die Grundprinzipien der SPD-Bürgerversicherung in der Krankenversicherung soll auf die Pflege übertragen werden, wie z. B. ein Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung oder einkommensabhängige Beiträge. Obligatorische, ergänzende, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen oder Kopfpauschalen, wie sie von CDU/CSU und FDP gefordert werden, sind abzulehnen.

Vertrauensschutz ist wichtig. Deshalb muss den bisherigen Privatversicherten eine Wahloption einräumt werden. Privatversicherte können – unabhängig von Alter und Gesundheitszustand – in einem befristeten Zeitrahmen von einem Jahr wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder in ihren bestehenden Verträgen verbleiben wollen. Bei einem Wechsel in die Bürgerpflegeversicherung erfolgt die Mitnahme der Altersrückstellungen im verfassungsrechtlich zulässigen Rahmen.

Durch die Einführung der Bürgerpflegeversicherung wird sich die ungleiche Risikoverteilung, die sich aus dem früher möglichen (und breit genutzten) Rückwechsel privat Versicherter in die gesetzliche Krankenversicherung beim Eintritt ins Rentenalter ergab, rasch angleichen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333